

Qualora venissi sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, quali la nutrizione e l'idratazione artificiali e/o la respirazione assistita tramite strumenti meccanici **DISPONGO** che, nel caso di un mio stato di incoscienza (coma o stato vegetativo) che si prospetti come permanente e irreversibile, si proceda all'interruzione degli stessi:

- non appena si accerta tale condizione;
- dopo un periodo di dall'accertamento.

Qualora mi ritrovassi in una condizione di sofferenza, chiedo che mi vengano praticate la terapia del dolore e le cure palliative, previste come doverose da parte dei medici dall'art. 2, 1° comma, della legge n. 219 del 2017.

Ai sensi dell'art. 2, 2° comma, della predetta legge:

- voglio non voglio

che nei casi ivi previsti, in associazione con la terapia del dolore, mi venga praticata una **sedazione palliativa profonda continua**.

Chiedo, in ogni caso, che - ove possibile - si proceda all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e/o alla sedazione palliativa profonda presso:

Nomino mio **fiduciario**:
nato a il
residente in CF ,
telefono email

al quale affido una copia della presente scrittura e attribuisco il compito di:

- a) far conoscere e far rispettare le mie volontà nei rapporti con i medici e le strutture sanitarie;
- b) ricevere le informazioni sul mio stato di salute;

- c) nel rispetto di quanto sopra disposto, prestare, in mia vece, il consenso e/o il rifiuto informato anche in relazione a quanto eventualmente non specificatamente previsto in questo scritto, ma necessario e/o opportuno per la cura della mia persona.

In sua sostituzione, qualora non potesse e/o volesse adempiere all'incarico, nomino mio fiduciario:
nato a il
residente in CF ,
telefono email

In caso di malattia che **non** mi privi, in tutto o in parte, della mia autonomia e della capacità di intendere e di volere:

voglio non voglio

essere informato circa le mie condizioni di salute.

In ogni caso, acconsento a che le informazioni sul mio stato di salute vengano date, oltreché al mio fiduciario, alle seguenti persone:

e non date alle seguenti persone:

Disposizioni *post mortem*.

Dopo che sarà inequivocabilmente accertata la mia morte:

voglio non voglio
 donare i miei organi per trapianti.

consento non consento
 che il mio corpo sia utilizzato per fini di ricerca scientifica.

consento non consento
 che il mio corpo sia utilizzato per fini didattici.

voglio non voglio
 essere cremato/a.

voglio un funerale secondo il rito:

religioso² civile.

Lì, data

Firma

Firma per accettazione nomina del fiduciario

² Specificare eventualmente il culto.